



مستندسازی توسط پرستار بعنوان عاملی جهت ارتقای آموزش بالینی

(مهرناز مشعوفی، سهیلا رفاهی)^۱، (عفت مظاهری، فریده مصطفی زاده)^۲

مقدمه و هدف

مستندسازی در ثبت پزشکی نه تنها تشخیص و درمان بیماران را تسهیل میکند بلکه یکی از ابزارهای ارتباطی دانشجویان در حال و آینده است ثبت یک جنبه حیاتی از کار پرستار و یکی از مهمترین وظایف اوست. ثبت پرستاری باید کامل، دقیق، به موقع و حقیقی باشد. چراکه هر گونه نقص و نارسائی در ثبت می تواند منجر به پیامدهای منفی و حتی عدم درمان گردد. براین اساس این مطالعه ای با هدف بررسی نحوه ثبت اطلاعات توسط کادر پرستاری در پرونده های بیماران بستری انجام شده است.

روش اجرا

این مطالعه یک مطالعه توصیفی است که روی ۱۵۰ پرونده بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی علوی، فاطمی و بوعلی اردبیل انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات چک لیستی بود که با توجه به اهداف پژوهش طراحی شد. داده ها بعد از جمع آوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته در قالب جداول آمار توصیفی ارائه شدند.

یافته ها

در پرونده های مورد مطالعه، برگ نمودار علائم حیاتی ۱۰۰٪ موارد وجود نداشت. از ۸ برگ که می بایست توسط پرستار تکمیل گردد، ۷ برگ آن استاندارد بود و تنها ۳٪ پرونده ها برگ جذب و دفع مایعات استاندارد نبود. متوسط ثبت پرستار در برگ پذیرش و خلاصه ترخیص ۲۶/۲٪، در برگ مراقبتهای قبل از عمل به ترتیب برای پرستار بخش ۴۷٪ و پرستار اتاق عمل ۹٪، در برگ گزارش عمل جراحی ۷۰٪، در برگ مراقبت بعد از عمل به ترتیب آیتمهای ورود به اتاق ریکاوری ۱۶٪ و آیتمهای خروج از اتاق ریکاوری ۶۲٪، در برگ گزارش پرستار ۹۶/۳٪ و در برگ کنترل علائم حیاتی ۸۳/۴٪ بوده است. متوسط ثبت کلی پرستاری ۵۱/۲٪ بود.

بحث و نتیجه گیری

براساس یافته های حاضر حدود نیمی از داده ها توسط پرستاران ثبت شده بود. به نظر می رسد عواملی نظیر، عدم آگاهی از آیتمهاییکه باید توسط پرستار در پرونده ها ثبت گردد، بی توجهی نسبت به اهمیت ثبت، ضعف مدیریت پرستاری و مدارک پزشکی، می تواند منجر به تولید پرونده های ناقص گردد که خود از عوامل تاثیر گذار در آموزش بالینی است.

کلمات کلیدی: ثبت، عناصر اطلاعاتی، پرستار، پرونده بیمار، آموزش بالینی

۱. هیئت علمی دانشکده پزشکی و پیراپزشکی اردبیل

۲. هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل